

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
ГО «Придніпровська асоціація лікарів інтерністів»  
Департамент охорони здоров'я  
Дніпропетровської обласної державної адміністрації

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ. ВІД КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ**

тези наукових доповідей  
науково-практичної конференції

---

присвяченої  
пам'яті академіка НАМН України Г.В. Дзяка

17–18 травня 2017 р.  
м. Дніпро

Дніпро  
«Герда» | 2017

## АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Бабець А.А.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Вступ.** У хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) і товщина комплексу інтима-медіа (КІМ), як маркери ураження органів-мішеней, асоційовані з величинами артеріального тиску (АТ) при добовому моніторингованні АТ (ДМАТ) більшою мірою, ніж з офісним АТ.

**Мета** – вивчити особливості взаємозв'язку добового профілю артеріального тиску й кардіоваскулярного ремоделювання у хворих з перенесеним ішемічним інсультом.

**Матеріал і методи.** В клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України» обстежено 58 осіб з артеріальною гіпертензією (АГ) III стадії у відновному періоді після перенесеного інсульту. Тривалість АГ сягала  $4,8 \pm 1,6$  роки, після перенесеного інсульту минуло  $3,3 \pm 1,8$  року, у 10,9 % осіб був повторний інсульт. Усім хворим проводили добове моніторування АТ на апараті ABPM-1 (Meditech, Угощина) (у 47 осіб), доплерехокардіографічне дослідження – на апараті Sonos (Philips) (у 58 обстежених), ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій – на апараті LOGIC 5P PRO (USA) (у 44 осіб).

**Результати.** На тлі наявної гіпертонії та перенесеного інсульту в усіх хворих гіпертрофія лівого шлуночка зустрічалась у 52,8 %, тоді як у 47,2 % її не було. Виявлено ексцентричну у 23,6 % і концентричну у 18,9 % гіпертрофії, концентричне ремоделювання – у 10,4 % обстежених. Серед осіб без гіпертрофії ЛШ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 24,0 %, night-peaker – у 12,0 %, dipper – у 56,0 %, over-dipper – у 8,0 % обстежених; тоді як при наявності гіпертрофії суттєво зростали поширеність night-peaker до 14,3 % та non-dipper – до 33,9 %. У хворих з ексцентричною і концентричною гіпертрофіями та у осіб з концентричним ремоделюванням добовий профіль АТ non-dipper діагностовано відповідно у 32,0; 30,0 і 45,5 %, night-peaker – у 20,0; 10,0 і 9,1 %, dipper – у 48,0; 60,0 і 45,5 % обстежених. Потовщення комплексу інтима-медіа ( $KIM > 0,09$  мм) зустрічалось у 45,5 % усіх пацієнтів, тоді як при ексцентричній і концентричній гіпертрофіях та у осіб з концентричним ремоделюванням – у 32,5; 20,0 і 45,0 %. Серед осіб з нормальним КІМ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 31,3 %, night-peaker – у 8,3 %, dipper – у 54,2 %, over-dipper – у 5,2 % обстежених; тоді як при потовщенні КІМ зростали поширеність night-peaker до 20,0 % та non-dipper – до 32,5 %. Збільшення пульсового АТ ( $ПАТ > 60$  мм рт.ст.) у хворих з добовим профілем АТ non-dipper відзначалось – у 50,0 %, night-peaker – у 16,7 %, dipper – у 33,3 % обстежених. Варіабельність систолічного АТ вдень і вночі ( $ВАР САТ д/н > 15$ ) зустрічалась у 76,3 % і 69,9 %; варіабельність діастолічного АТ вдень ( $ВАР ДАТ д > 14$ ) визначалась у 20,4 %, а вночі ( $ВАР ДАТ н > 12$ ) – у 4,8 % пацієнтів. Збільшення

(ВАР САТ д/н>15) у осіб з добовим профілем АТ non-dipper відзначалось – у 28,2 і 25,9 %, night-peaker – у 14,1 і 13,8 %, dipper – у 52,1 і 56,9 % обстежених; підвищення (ВАР ДАТ д>14 і н>12) у осіб з добовим профілем АТ non-dipper спостерігалось – у 42,1 і 75 %, night-peaker – у 15,8 % і 0, dipper – у 31,6 і 25,0 % випадків.

**Висновки.** У хворих на АГ III стадії добовий профіль АТ dipper можна вважати окремим фактором ризику прогресування захворювання, у зв'язку з тим, що при ньому значно частіше зустрічалися ексцентрична (у 48,0 %) і концентрична гіпертрофія ЛШ (у 60,0 %), концентричне ремоделювання (у 45,5 %), потовщення КІМ (у 45,0 %) та збільшення ВАР САТ д/н (у 52,1 і 56,9 % обстежених).

---

### ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ

Мошенець К.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

**Мета дослідження.** Визначити зміни варіабельності ритму серця (ВРС) та артеріального тиску (АТ) у пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1) в залежності від перебігу захворювання.

**Методи дослідження.** Обстежено 30 пацієнтів із ЦД 1, з них чоловіків 16 (53 %), жінок – 14 (47 %). Середній вік хворих –  $27,6 \pm 2,49$  роки, тривалість захворювання  $10,8 \pm 1,46$  років, індекс маси тіла (ІМТ)  $22,6 \pm 0,62$  кг/м<sup>2</sup>. Всі пацієнти були на інсулінотерапії за базисно-болюсною схемою, добова доза інсуліну  $44 \pm 3,15$  Од. Для верифікації та визначення перебігу захворювання визначались: С-пептид, НbA1c, креатинін крові, мікроальбумін в ранковій порції сечі (МАУ). Проводилось тривале моніторування рівня глікемії за допомогою системи CGMS паралельно із холтерівським моніторуванням ЕКГ (ХМ) та тривалим моніторуванням АТ протягом 24 годин. Для виключення органічної патології та визначення скорочувальної здатності міокарда проводилась ЕХО-кардіографія. Пацієнти були розподілені на 2 групи за рівнем НbA1c: група 1 з НbA1c  $\leq 7$  % та група 2 з НbA1c  $> 7$  %. Групи було розділено на підгрупи за відсутністю (А) або наявністю (В) гіпоглікемії.

**Отримані результати.** Групи не відрізнялись за частотою гіпоглікемії. Підрахунок результатів в залежності від тривалості ЦД 1 виявив збільшення LF/HF ( $r=0,383$ ;  $p<0,05$ ), підвищення середнього систолічного артеріального тиску (САТ) протягом доби ( $r=0,372$ ;  $p<0,05$ ), підвищення середнього діастолічного артеріального тиску (ДАТ) протягом доби ( $r=0,446$ ;  $p<0,05$ ) та добових показників індексу площі ДАТ (ДАТ) і індексу часу ДАТ (ІЧДАТ): ( $r=0,422$ ;  $p<0,05$ ) проти ( $r=0,411$ ;  $p<0,05$ ) відповідно. Групи достовірно розрізнялись за такими спектральними характеристиками серцевого ритму, як VLF, LF, HF ( $p<0,05$ ) та показниками моніторування АТ: за індексом площини ДАТ (ІПДАТ) вдень і індексом часу ДАТ